

CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN PARA BEBÉS Y NIÑOS (6 a 23 meses)

Nombre del bebé o niño: _____	Edad del bebé o niño: _____
-------------------------------	-----------------------------

Favor de circular o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿En qué mes es la siguiente cita de su bebé o niño con el doctor? _____
2. **¿Cómo sabe cuando su bebé o niño quiere comer?** _____
¿Cómo sabe cuando su bebé o niño está satisfecho? _____
3. **Si amamanta a su bebé o niño:**
¿Cuántas veces en 24 horas amamanta a su bebé o niño? _____
¿Cómo le va cuando amamanta a su bebé o niño? (mal) 1 2 3 4 5 (muy bien)
4. **Si alimenta a su bebé o niño con fórmula:**
¿Cada cuándo toma su bebé o niño biberones con fórmula? _____
¿Cuántas onzas de fórmula toma su bebé o niño en cada biberón? _____
¿Qué fórmula le da a su bebé o niño? _____
Explique cómo prepara la fórmula. _____
¿Cómo le va el alimentar a su bebé o niño con fórmula? (mal) 1 2 3 4 5 (muy bien)
5. **Si su bebé o niño usa un biberón o una taza:**
 - ◆ **¿En cuáles lugares toma su bebé o niño el biberón o la taza?** Cama Carriola Asiento de seguridad
 Los brazos de alguien Silla alta Sostiene su biberón Otros (apunte) _____
 - ◆ **¿Qué toma su bebé o niño en el biberón o en la taza?**

Agua	Agua de arroz	Kool-Aid	Café	Leche materna
Agua con azúcar	Cereal	Soda	Té	Fórmula
Agua con miel	Leche descremada	Limonada	Té de manzanilla	
Agua con miel Karo	Leche baja en grasa	Jugo	Pedialyte	
Gelatina aguada	Leche entera	Gatorade	Otros _____	
6. **¿Qué le da de comer a su bebé o niño?**
 Comida casera Comida de bebé de frasco Ambos Ninguno
7. **¿Cuáles texturas de comida le da a su bebé o niño?**
 Molida Machacada Picada Pedazos suaves Otros _____
8. **¿Cuáles alimentos come su bebé o niño?**

Cereal frío/caliente	Res/Pollo/Pescado	Frutas	Yogurt	Galletas saladas
Arroz	Huevos Yemas Claras	Verduras	Helado	Dulces
Pastas/Espaguetis	Crema de cacahuete	Frijoles	Pudín/Flan	Nueces
Tortillas	“Meat Sticks”	Caldo	Paletas	Palomitas
Pan/Pan tostado	Hotdogs	Queso	Pasitas	Galletas
Papas fritas	Tostaditas	Tofú	Miel	Otros (apunte) _____
9. **Mi bebé o niño usa lo siguiente:** Pecho Biberón Taza Cuchara Tenedor Dedos
10. **Le doy a mi bebé o niño:** Vitaminas Fluoruro Gotas de hierro Medicina Ninguno Otro _____
11. **i bebé o niño tiene actualmente:** Alergias Respira con dificultad Sarpullido Estreñimiento Diarrea Nada
12. **¿Su niño ha tenido una prueba del plomo en la sangre?** Sí No Si sí, ¿cuándo? _____
13. **¿Qué preguntas tiene sobre como su bebé o niño está comiendo y creciendo?**

For Staff Use Only (Para el uso del empleado de WIC)

Date: _____ WIC Staff Name: _____

Participant WIC ID #: _____ Length/Height: _____ Weight: _____